

限度額適用  
国民健康保険 標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額  
認定申請書

記入例

被保険者記号・番号		12345678			
世帯主	住所	安城市桜町18番23号			
	氏名	安城 一郎	生年月日	昭和 55 年 5 月 5 日	
限度額適用 減額対象者	氏名	安城 花子	個人番号	109876543210	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和 56 年 6 月 6 日	
長期入院	該当	非該当	交通事故等の第三者行為	有	無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 ( 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年間	
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年間	
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年間	
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年間	
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日 まで		
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 安城市桜町18番23号

世帯主名 (申請者) 安城 一郎 個人番号 101234567890

電話番号 0566-71-2230

愛知県安城市長  
三星元人殿

マイナ保険証 (※) を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。  
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

記入しないでください

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低 I ・ 低 II ・ 現 I ・ 現 II	